基于半结构化访谈法的卫生体系视角下我国基层高血压管理模式的实施现状、问题分析及政策建议

王尧　秦廷廷　谷明宇，等. 基于半结构化访谈法的卫生体系视角下我国基层高血压管理模式的实施现状、问题分析及政策建议［J］. 中国全科医学，2023. ［Epub ahead of print］. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0886

王尧　秦廷廷　谷明宇　白欣苑　乔昆　杨宇彤　李星明*

基金项目： 世界卫生组织项目“Research of Current Status in Hypertension Control and Management in Primary Health Care in China and Policy Recommendations from the Perspective of Health System”（项目编号：202752148）

100069，北京市，首都医科大学公共卫生学院

通信作者：李星明，教授，博士生导师；E-mail: libright2003@163.com

【摘要】 背景 高血压是影响我国居民健康最常见的慢性非传染性疾病，基层作为高血压管理与控制的重要关口，其管理能力直接影响着管理效果。现阶段我国基层高血压管理模式运作现状和共性规律仍有待进一步探究。**目的** 了解我国基层高血压管理现状，梳理典型经验，为我国高血压管理优化提供建议。**方法** 2021 年 11-12 月，对我国五省市 29 位高血压管理利益相关者进行半结构化访谈，以世界卫生组织卫生体系理论为指导，从领导治理、服务提供、卫生人力、卫生筹资、药物和设备可及性以及卫生信息系统等六个维度进行分析。**结果** 在领导治理层面，基层高血压管理工作的开展主要依托于家庭医生签约服务，并与多部门协同管理；在服务提供层面，提供全专融合服务以满足患者个性化医疗需求；在卫生人力层面，社区全科医生是基层高血压管理工作开展的主力，通过绩效考核按劳分配提高工作积极性；在卫生筹资方面，高血压患者在基层就诊可获得医保报销倾斜性政策支持；在药物可及性方面，基本医疗设备及高血压基本用药在基层均有配备；在卫生信息系统方面，区域医疗卫生信息平台可实现签约患者健康信息共享与服务协同。**结论** 基层医疗卫生机构承担着对高血压患者长期随访管理的工作，可通过进一步提升基层卫生综合治理能力与基层卫生服务供给能力，加强基层卫生人员能力建设，完善医保报销与支付方式制度，改善基层高血压治疗的药物和设备条件，并通过信息化建设有效赋能基层高血压管理，进一步提升基层高血压管理水平。

【关键词】 卫生体系； 高血压； 基层医疗机构； 慢病管理

The Current Status Analysis and Policy Recommendations of in Hypertension Control and Management in Primary Health Care in China from the Perspective of Health System Based on The Semi-structured Interview

WANG Yao，QIN Tingting，GU Mingyu，BAI Xinyuan，QIAO Kun, YANG Yutong，LI Xingming

Fund program: World Health Organization“Research of Current Status in Hypertension Control and Management in Primary Health Care In China and Policy Recommendations from the Perspective of Health System”（202752148）

School of Public Health, Capital Medical University, Beijing 100069, China

Corresponding author: LI Xingming, Professor，Doctoral supervisor; Email: Libright2003@163.com

【Abstract】 **Background** Hypertension is the most common chronic non-communicable disease affecting the health of the people in China. As an important point for hypertension management and control, the management ability of primary care directly affects the management effect. The current status and common rules of hypertension management in primary care in China need to be further explored. **Objective** To understand the current status of hypertension management in primary care in China, summarize the typical experience, and provide suggestions for the optimization of hypertension management in China. **Methods** From November to December 2021, semi-structured interviews were conducted with 29 hypertension management stakeholders in five provinces in China. Guided by the World Health Organization's health system, the interviews were analyzed from six dimensions: leadership and governance, service delivery, health workforce, financing, access to essential medicine, and health information system. **Results** For leadership and governance, hypertension management at primary level mainly relied on contracted family doctor service and multi-department collaboration. In terms of service provision, general practice and specialty integration services should be provided to meet the individual medical needs of patients. For health workforce, community general practitioners are the main force of hypertension management in primary care, and their work enthusiasm is improved by performance appraisal and distribution according to their work. For financing, hypertensive patients can obtain preferential policy support of medical insurance reimbursement at primary care. For accessibility, basic medical equipment and essential hypertension drugs were equipped at primary level. For health information system, the regional medical and health information platform can realize health information sharing and service coordination of contracted patients. **Conclusions** Primary health care institutions are responsible for the long-term follow-up and management of hypertension patients. It is necessary to further enhance the capacity of primary health care comprehensive management and primary health service supply, strengthen the capacity building of primary health care personnel, improve the reimbursement and payment system of medical insurance, and improve the drug and equipment conditions for hypertension treatment in primary care. It can effectively empower primary hypertension management and further improve the level of primary hypertension management.

【Key word】Health System； Hypertension； Primary health care； Chronic disease management

前言

高血压是影响我国居民健康最常见的慢性非传染性疾病，也是心脑血管疾病最常见、最重要的危险因素[1]。《中国心血管健康与疾病报告 2021》显示，我国 18 岁以上成人高血压患病率达 27.5%[2]。且呈逐年上升趋势，该疾病迁延不愈与其所带来的严重并发症，为个人和社会带来了沉重的疾病负担[3]。近年来治疗手段显著提升，但我国高血压控制率仍处于较低水平[2]，我国 18 岁及以上成年人高血压知晓率 46.9%、治疗率 40.7%和控制率 15.3%，接受治疗的患者控制率也仅为 37.5%[4]。而基层作为高血压管理与控制的重要关口，其管理能力直接影响着管理效果。随着我国基本公共卫生服务改革深入和基层卫生服务体系建设的推进，我国基层慢性病管理发展迅速，涌现出一批各具特色的基层慢病管理新模式，不同管理模式运作现状和共性规律是什么，需要通过整合型服务体系角度去进行分析。本研究选取现阶段我国基层高血压管理模式中有代表性的地区，以世界卫生组织卫生体系理论为指导，对其利益相关者进行半结构化访谈，并对各地典型经验和存在问题进行分析总结，并为我国基层高血压管理模式优化提供政策建议。

1 资料与方法

1.1 研究对象

弗里曼（Freeman）将利益相关者界定为“任何能够影响组织目标的实现或受组织目标实现影响的个人和团体”[5]。据此，本研究将基层高血压控制与管理的利益相关者界定为与基层高血压管理工作有关，能在一定程度上影响高血压管理效果的机构、群体及个人。基于利益相关者理论确定本次研究的访谈对象 29 名，分别来自北京市朝阳区、浙江省杭州市拱墅区、重庆市沙坪坝区、山东省青岛市城阳区、安徽省铜陵市义安区等典型地区，其中区域卫健管理人员 8 人、区域医保管理人员 2 人、社区卫生服务中心管理人员 3 人，社区卫生服务中心全科医生 9 人、上级医院专科医生 2 人以及高血压患者 5 人。研究对象基本信息详见表 1。

表 1 访谈对象基本信息（n=29）

Table1 The basic information of the interviewees（n=29）

指标	分组信息	例数	构成比（%）

年龄（岁）	30~	7	24.14
	40~	10	34.48
	50~	10	34.48
	60~	2	6.90
性别	男	11	37.93
	女	18	62.07
地区	北京市	9	31.03
	重庆市	3	10.34
	浙江省	6	20.69
	山东省	5	17.24
	安徽省	7	24.14
人员类型	患者	5	17.24
	社区全科医生	9	31.03
	上级专科医生	2	6.90
	社区管理人员	3	10.34
	医保管理人员	2	6.90
	卫健管理人员	8	27.59

1.2 研究内容

采用世界卫生组织卫生体系监测评价的六个维度对定性资料进行分析。卫生体系（Health System）由以改善健康为主要目的的所有组织、机构、资源和人员组成，涵盖努力影响健康决定因素和直接改善健康的各类活动[6]。卫生系统通过公共卫生行动和卫生保健服务相结合，提供预防、促进、治疗和康复等干预措施。根据世界卫生组织的卫生服务体系框架理论[7]，包括领导治理、服务提供、卫生人力、卫生筹资、药物可及性以及卫生信息系统等六个要素，并以各种要素控制来加强卫生体系建设，如领导治理和卫生信息系统，为卫生体系的政策和管理提供了基础，卫生系统的关键投入部分具体包括卫生筹资和卫生人力是卫生体系的关键投入部分，而服务提供与药物可及性，反映了卫生体系的直接产出，即健康服务的提供和分配。

1.3 资料收集方法

本次研究选用半结构化访谈的方法来进行资料收集。半结构化访谈常用于定性研究，是健康服务研究中最常见的定性数据来源[8]。由于新冠疫情影响，本次访谈采用线上视频访谈与线下面对面访谈相结合的形式，于 2021 年 11 月-12 月，由具备流行病学调查工作经验的专业人员按照事先拟定好的访谈提纲进行焦点小组访谈和一对一深入访谈。访谈提纲内容涉及高血压管理政策和制度、基层高血压管理团队建设、基本设备和基本药物配备、高血压规范化管理工作现状、基层高血压管理医保支付、基层高血压管理信息化和智慧化建设、当地高血压管理模式的实施效果和特色优势以及政策建议。在访谈过程中，访谈者据实际情况适当修改问题的顺序与措辞，选择最适合访谈对象与访谈环境的方式完成，时长 1 至 2 小时不等。主要研究内容通过访谈获得，对个别受访者在访谈后通过微信或电话的方式追加了部分如文献、工作范式文件等信息。全部访谈经受访者同意全程录音并进行文字转录，用以文本分析。

2 结果

通过前期相关文献研究[9-18]与专家咨询发现目前我国比较成功的基层高血压管理模式分别为 “三高共管、六病同防”医防融合慢病管理模式（山东省）、医防“五融合”健康管理服务模式（重庆市）、医防融合“1+1+1+X”全科医生签约管理模式（浙江省）、“1+1+N”家庭医生签约模式（安徽省）以及医-护-助高血压管理模式（北京市），现从世界卫生组织卫生体系的六个维度对五个地区基层高血压管理模式的经验做法进行梳理，详见表 2。

表 2 基于卫生体系视角的五地区基层高血压管理模式经验总结

Table2 The summary of hypertension management experience in primary care of five regions from the perspective of health system

维度 地区	领导治理 Leadership\Governance	服务提供 Service Delivery	卫生人力 Health Workforce	卫生筹资 Financing	药物可及性 Access To Essential Medicine	卫生信息系统 Health Information Systems
安徽省 “1+1+N”家庭医生签约模式	①家庭医生签约服务制度 ②区域联动协同管理 ③设立专项考核制度	①家庭医生签约服务 ②智能化协同管理 ③社区常规血压监测	①家庭医生服务团队 ②绩效考核，按劳分配	①签约患者补助 ②医保倾斜支持 ③医保收支结余留用	①配备基本药物 ②配备基本医疗设备	①区域慢病管理信息平台 ②智能设备协同管理
山东省 “三高共管、六病同防、医防融合”慢病管理模式	①家庭医生签约服务制度 ②区域联动协同管理 ③设立专项考核制度	①家庭医生签约服务 ②智能化协同管理 ③优质医疗资源下沉基层	①家庭医生服务团队 ②绩效考核，按劳分配	①签约患者补助 ②医保倾斜支持 ③家庭医生签约服务费 ④医保收支结余留用	①配备基本药物 ②配备基本医疗设备	①区域慢病管理信息平台 ②智能设备协同管理 ③患者端健康信息 APP
重庆市 医防“五融合”健康管理服务模式	①家庭医生签约服务制度 ②区域联动协同管理 ③设立专项考核制度	①家庭医生签约服务 ②双向转诊绿色通道 ③优质医疗资源下沉基层 ④个性化健康教育	①家庭医生服务团队 ②绩效考核，按劳分配 ③文化氛围与员工福利	①医保倾斜支持	①配备基本药物 ②配备基本医疗设备	①区域慢病管理信息平台 ②智能设备协同管理
浙江省 医防融合“1+1+1+X”全科医生签约管理模式	①家庭医生签约服务制度 ②区域联动协同管理 ③设立专项考核制度 ④慢病一体化门诊建设	①家庭医生签约服务 ②双向转诊绿色通道 ③开具长处方 ④个性化健康教育	①家庭医生服务团队 ②绩效考核，按劳分配	①医保倾斜支持 ②家庭医生签约服务费 ③医保收支结余留用	①配备基本药物 ②配备基本医疗设备 ③患者用药便捷服务	①区域慢病管理信息平台 ②智能设备协同管理 ③院长决策系统
北京市 “医-护-助”高血压管理模式	①家庭医生签约服务制度	①家庭医生签约服务 ②优质医疗资源下沉基层 ③开具长处方 ④个性化健康教育	①家庭医生服务团队 ②绩效考核，按劳分配	①医保倾斜支持 ②医保收支结余留用	①配备基本药物 ②配备基本医疗设备 ③患者用药便捷服务	①区域慢病管理信息平台 ②患者端健康信息 APP

2.1 领导治理（Leadership\Governance）

家庭医生签约服务制度。积极推进、不断完善家庭医生签约服务制度，推出多项保障制度，给予充分政策支持，构建健康促进优质环境。

区域联动协同管理。以区域医共体作为纽带，多部门参与，上下联动协同管理联动，各方利益共担。

设立专项考核制度。考核内容包含服务人数及规范管理率等指标。安徽省实行“两卡制”服务考核制度，即居民在接受健康服务后，在服务系统中通过刷身份证对使用工号登录的医生进行评价，作为医生绩效考核依据，从医务人员医疗服务规范性和患者接受服务真实性进行规范；重庆市在疾控中心的指导下开展慢病管理服务，并接受定期考核。

慢病一体化门诊建设。成立高血压规范化门诊，为签约居民提供综合医防融合服务。

2.2 服务提供（Service Delivery）

家庭医生签约服务。以家庭医生签约服务为基础开展高血压管理工作，并创新特色服务。如安徽省根据患者疾病的危险程度，设定不同程度的家庭医生签约服务包进行服务；重庆市把健康管理融入日常诊疗，并为签约居民提供优先就诊、随访、日间照料等延伸服务；北京市规范高血压管理服务，与签约患者建立可靠的信任关系。

智能化协同管理。利用“互联网+”与大数据智慧医疗人机协同管理。安徽省开发“智能医助”，对在档患者分级分层慢病管理；山东省建立线上慢病管理系统，可自动形成年度复诊计划、并发症评估，提醒依从性欠佳的患者及时进行线下诊疗。

社区常规血压监测。对辖区内 35 岁以上居民进行至少每年一次的血压诊测，异常情况进行转诊治疗并于两周内随访，纳入高血压基层管理。

优质医疗资源下沉基层。定期开展上级医院专家基层坐诊或联合门诊服务，在上级专科医生带领下开展规范性管理。

双向转诊绿色通道。对签约患者开放绿色通道，畅通上下级转诊渠道，实现基层首诊双向转诊急慢分治上下联动的机制。

开具长处方。可为患者开具最长为期 3 个月的“长处方”。

个性化健康教育。通过微信推送、“五进”活动、微信群同伴教育等形式，提供个性化健康教育，强化患者自我管理意识。

2.3 卫生人力（Health Workforce）

家庭医生服务团队。由社区全科医生（家庭医生）与社区护士（签约助手）承担主要工作，根据各地实际情况将公卫人员（防保医生）、上级专科医生、药剂师、中医医生、心理医生等多学科专家与社区志愿者纳入家庭医生团队。

绩效考核，按劳分配。设立区域统一的绩效考核薪酬分配制度，定期考核，优绩优酬，根据医务人员工作量，给予相应报酬。

文化氛围与员工福利。打造医院“家”文化，塑造厚德向善，博学向上，弘扬美德的工作氛围，给予员工进修学习、培训的机会。

2.4 卫生筹资（Financing）

签约患者补助。家庭医生服务签约患者可一次性获得医保资助的用药补助以及政府发放的首签补助。

医保倾斜支持。基层门诊对签约患者进行高血压就诊与管理服务可降低一定的自付比例，并可以基于 DRGs 付费机制申请医保特病报销。

家庭医生签约服务费。每签约一位患者，家庭医生团队可获得一定的签约服务费。

医保收支结余留用。部分地区的基层医疗机构总额预付医保基金年度总费用超出不补，结余部依据考核结果奖励医疗机构留用自行分配。

2.5 药物可及性（Access To Essential Medicine）

配备基本药物。基本药物基层保证率 80%以上。基层用药以国产药集采药为主，优先社区卫生服务中心使用带量采购药物

配备基本医疗设备。基层医疗机构已经配备基本医疗检查设备，可以满足居民的基础的医疗检查需求。对于基层没有条件完成的医疗检查，区域医共体（医联体）的上级医院给予充分协同帮助。

患者用药便捷服务。各地创新用药便捷服务模式，例如北京市开展“用药即送”服务，由社区医生将签约居民所需药品计入采购目录，社区统一配置。浙江省签约患者可至定点药店医保购药。

2.6 卫生信息系统（Health Information Systems）

区域慢病管理信息平台。建立以居民身份证号为唯一识别码，以健康档案为核心的区域慢病管理信息平台，保

障各级机构信息互联互通，并在基层医疗机构设置健康一体机来整合患者信息，为患者提供全周期、一体化的慢病管理。

智能设备协同管理。开发家庭医生“智医助理”，人机协同管理；为家庭医生团队配备专用的签约服务工作智能设备，方便对于患者随访管理工作；引入人工智能语音辅助系统，协助家庭医生团队进行信息采集、健康指导等工作。

患者端健康信息 APP。开发家医信息、社区卫生机构挂号、健康档案查询、随访等功能，让签约患者随时随地查看健康数据。

院长决策系统。支持医疗健康数据的提取与分析，保证医疗服务与健康管理质量持续提升。

3 讨论

3.1 领导治理对高血压管理影响

现阶段基层高血压管理工作开展主要依托于家庭医生签约服务。我国家庭医生签约服务自 2016 年 6 月 6 日起试行，工作重点在于签约服务的方式、内容、收付费、考核、激励机制等方面实现突破，优先覆盖老年人、孕产妇、儿童、残疾人等人群，以及高血压、糖尿病、结核病等慢性疾病和严重精神障碍患者等[19]。家庭医生是为群众提供签约健康服务的第一责任人，为签约居民提供基本医疗服务及公共卫生服务，可在就医、转诊、用药、医保等方面为签约居民实行差异化、个性化服务。

此外，多部门合作是基层高血压管理工作的基础条件。社区慢性病防控的多部门合作是指社区在开展慢性病防控过程中，对于相关部门之间形成的具体分工合作、运作流程、诸要素之间的相互作用和关系等规定[20]。基层高血压管理网络中，横向合作机制或纵向合作机制的不健全很大程度上影响了基层高血压管理效果。构建利益共同体是多部门、多机构之间能够达成有效合作的重要举措，通过收益共享、风险共担的方式，强化部门机构间的协同合作。

3.2 服务提供对高血压管理影响

在区域医共体（医联体）的建设与推动下，基层高血压管理工作得到了上级医院的支持与帮助。上级医院通过定期委派专科医生基层坐诊或在基层开设联合门诊等形式，为患者提供高质量医疗服务的同时，提升基层高血压管理规范化水平。此外，基层医疗机构为签约患者提供一定比例的上级医院预约挂号、预留床位等资源，方便签约患者优先就诊和住院，打通分级诊疗就医壁垒，畅通绿色转诊通道。

为患者提供医防融合服务以满足其个性化医疗需求是基层高血压管理服务的大势所趋。将健康管理服务融入日常诊疗中，针对高血压患者健康状况和需求，制定不同的个性化服务，有选择的进行健康评估、康复指导、上门指导、家庭护理、中医治未病服务、可穿戴设备远程健康监测等。利用智慧化手段，让患者健康信息随时随地触手可及。此外，近年来基层医疗卫生机构愈发重视辖区内的健康科普与健康监测工作，通过定期开展社区健康科普讲座、微信公众号推送等健康教育活动为辖区内居民普及健康知识，提升居民健康意识。加强对于辖区内居民的血压监测，发现异常情况进行及时的治疗、转诊、随访，并纳入基层高血压管理，早发现、早治疗，基层高血压管理关口前移。

3.3 卫生人力对高血压管理影响

基层高血压管理工作主要由家庭医生团队承担。但部分地区的基层高血压管理实际工作中，家庭医生团队内部存在着分工不清晰的问题，家庭医生团队中的全科医生工作量较大，服务质量与个人工作积极性有待提高。为此，应建立统一的基层高血压管理工作的考核与评价制度，明确绩效考核与激励分配方案，多方位全面客观的评定医生工作情况，优绩优酬，多劳多得以提高医务人员工作积极性，提升高血压规范管理水平。

3.4 卫生筹资对高血压管理影响

对于患者来说，通过家庭医生签约服务在基层进行高血压治疗与健康管理，可享受一定的医保倾斜支持。在《关于推进家庭医生签约服务的指导意见》文件中明确提出了家庭医生签约服务可在就医、转诊、用药、医保等方面对签约居民实行差异化的政策。现阶段的工作实践中通过降低起付线、提高报销比例等方式，减轻患者疾病经济负担，同时也进一步增强居民使用家庭医生签约服务的意愿。

对于基层医疗机构筹资机制方面，家庭医生签约服务费是支撑基层高血压管理工作开展的经济支柱。家庭医生团队为居民提供约定的签约服务，根据签约人数按年收取签约服务费，由医保基金、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等方式共同分担。具体签约服务费用标准和分担比例由各地根据实际情况确定。目前突出的主要问题是家庭医生签约服务所涵盖的基本医疗服务由机构医保基金承担，而基本公共卫生服务项目由机构基本公共卫生服务专项经费中列支，公共卫生服务未被纳入医保报销范围内，在医防融合的服务提供下，基本医疗服务与基本公共卫生服务费用使用上的分裂为实际工作带来一定的不便。在实际工作中应进一步探索制定合理的签约服务费的构成及支付方式，使签约服务费可以真正落实到家庭医生服务团队。

3.5 药物可及性对高血压管理影响

高血压日常用药在基层医疗机构仍受到一定限制，可用种类与数量有限。高血压基本药物基层配备情况虽符合

相关规定，但仍有一定的改善空间，同时乡镇基层医疗机构中的高血压基本药物可及低于城市基层医疗机构[21]。大多高血压患者为中老年群体，常面临着身患多种慢性病需要同时服用多种药物的情况，基层家庭医生尚不能全面掌握其就诊用药状况，难以对其多重用药情况做出合理判断。高血压患者个性化的用药需求在基层尚未得到满足，部分所需要的特殊药品，仍需要前往上级医院单独开具。部分药物可在基层配备但不能开具长处方，也为患者带来一定负担。

3.6 卫生信息系统对高血压管理影响

信息化手段的支撑为医患双方开展基层高血压管理工作提供便利。区域医疗卫生信息平台的构建实现了签约居民健康档案、电子病历、检验报告等信息在各级医疗机构间的共享与业务协同。同时，基层医疗机构远程医疗、即时通讯设备的配备，缩短了与上级医院专科医生进行会诊和技术交流的物理距离。患者端移动健康 APP 的开发，搭建了家庭医生与签约居民的交流平台，为健康信息收集、健康咨询、预约诊疗、诊疗报告查询、互动交流、患者反馈、健康管理等提服务供便利。

但实际工作中基层高血压管理仍面临着各系统间不兼容的问题。公共卫生系统、医疗服务系统、医疗保险信息平台之间尚未能实现互联互通，各系统间的壁垒造成了各部门间的信息不对称，同时还给基层医务人员带来了大量的重复录入工作负担。信息系统操作繁琐导致医务人员满意度不高，信息的真实性、及时性、可获得性欠佳。

4 小结

基层医疗卫生机构作为高血压管理的“主战场”，其管理水平的高低将直接影响我国未来心脑血管疾病的发展趋势。在不断的实践探索中，我国高血压基层管理已取得一定有效管理典型经验。在领导治理层面，依托家庭医生签约服务，推行慢性病多病种和多部门的联合管理；在服务供给层面，为患者提供个性化的全专融合服务以充分满足其医疗需求，并注重社区局面的健康教育与血压监测管理；在卫生人力层面，以社区全科医生为主的家庭医生团队是基层高血压管理工作开展的主力，通过绩效考核按劳分配薪资可提高其工作积极性；在卫生筹资方面，对签约患者在基层就诊给予医保报销倾斜支持，提高患者参与高血压基层管理的依从性；在药物可及性方面，基层需配备基本医疗设备及高血压基本用药，并与上级医疗机构有畅通渠道以满足患者个性化需求；在卫生信息系统方面，区域医疗卫生信息平台的建设可实现签约患者健康信息共享与协同。为进一步提升基层高血压管理水平，应尽快提升基层卫生综合治理能力与基层卫生服务供给能力，加强基层卫生人员能力建设，完善医保报销与支付方式制度，改善基层高血压治疗的药物和设备条件，并通过信息化建设有效赋能基层高血压管理。

作者贡献：王尧负责资料整理与分析、文章构思、文章撰写及修订；秦廷廷、谷明宇、白欣苑、乔昆、杨宇彤负责研究对象访谈、资料收集整理；李星明负责文章的质量控制及审校，对文章整体负责；所有作者确认了论文的最终稿。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] 刘力生. 中国高血压防治指南(2018 年修订版)[J]. 中国心血管杂志,2019,24(1):24-56. DOI:10.3969/j.issn.1007-5410.2019.01.002..

LIU L S.2018 Chinese guidelines for the management of hypertension Writing Group of 2018[J]. Chinese Journal of Cardiovascular Medicine, 2019,24(1):24-56. DOI:10.3969/j.issn.1007-5410.2019.01.002.

[2]国家心血管病中心.中国心血管健康与疾病报告(2021) [M].北京:科学出版社.2022.

[3] Mills K T, Stefanescu A, He J. The global epidemiology of hypertension[J]. Nature Reviews Nephrology.

[4] 王增武,杨瑛,王文,等. New characteristics of hypertension in China: highlights and enlightenment from the Chinese hypertension survey [J]. 中国循环杂志,2018,33(10):937-939. DOI:10.3969/j.issn.1000-3614.2018.10.001.

WANG Z W, YANG Y, WANG W, et al. 我国高血压流行新特征——中国高血压调查的亮点和启示[J]. Chinese Circulation Journal,2018,33(10):937-939. DOI:10.3969/j.issn.1000-3614.2018.10.001.

[5] Freeman RE. The politics of stakeholder theory: Some future directions[J]. Business Ethics Quarterly, 1994, 4(4): 409-421.

[6] World health report 2000. Health systems performance assessment[EB/OL]. Geneva, World Health Organization, 2000 (http://www.who.int/whr/2000/en/index.html, accessed 26 April 2010).

[7] World Health Organization, Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies[M]. 2010.

[8] MELISSA DEJONCKHEERE,LISA M VAUGHN,赵新月. 基层保健研究中的半结构化访谈:关系与严谨的平衡[J]. 中国全科医学,2019,22(23):2786-2792. DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.398.

DEJONCKHEERE M，VAUGHN L M．Semistructured interviewing in primary care research： a balance of relationship and rigour［J］．ZHAO X Y，translator．Chinese General Practice，2019，22（23）：2786-2792

[9] 陈伟伟. 我国高血压社区防治进展——技术、策略与实施[J]. 心血管病学进展,2010,31(3):322-326. DOI:10.3969/j.issn.1004-3934.2010.03.002.

CHEN W W. Evolution of Community Prevention and Control of Hypertension in China: Techniques, Strategies and Implementation[J]. Advances in Cardiovascular Diseases,2010,31(3):322-326. DOI:10.3969/j.issn.1004-3934.2010.03.002.

[10] 刘子言,肖月,赵琨,等. 国家基本公共卫生服务项目实施进展与成效[J]. 中国公共卫生,2019,35(6):657-664. DOI:10.11847/zgggws1121468.

LIU Z Y, XIAO Y, ZHAO K, et al. Implementation progress and effect of National Essential Public Health Services Program in China[J]. Chinese Journal of Public Health,2019,35(6):657-664. DOI:10.11847/zgggws1121468.

[11] 王增武,赵连友,钟巧青,等. 赓续前行谱新篇——我国高血压防治的发展[J]. 中国心血管病研究,2021,19(10):865-869. DOI:10.3969/j.issn.1672-5301.2021.10.001.

WANG Z W, ZHAO L Y, ZHONG Q Q, et al. The development of hypertension prevention and treatment in China[J]. Chinese Journal of Cardiovascular Research,2021,19(10):865-869. DOI:10.3969/j.issn.1672-5301.2021.10.001.

[12] 高凤娟,王培玉,史宇晖,等. 德胜社区家庭医生式服务新模式的效果研究[J]. 中国全科医学,2017,20(13):1563-1567. DOI:10.3969/j.issn.1007-9572.2017.13.008.

GAO F J, WANG P Y, SHI Y H, et al. Effect of the New Mode of Family Doctor Service in Desheng Community[J]. Chinese General Practice,2017,20(13):1563-1567. DOI:10.3969/j.issn.1007-9572.2017.13.008.

[13] 高凤娟,史宇晖,王培玉,等.北京市德胜社区家庭医生式服务新模式初探[J].中华全科医师杂志,2015,14(11):877-879. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2015.11.019.

GAO F J, SHI Y H, WANG P Y, et al. Preliminary study on new mode of Beijing's Desheng Community family doctor's service[J]. Chinese Journal of General Practitioners,2015,14(11):877-879. DOI:10.3760/cma.j.issn.1671-7368.2015.11.019.

[14]何志宏,王凌云,韩琤琤,等. 基于医-护-助责任制的德胜家庭医生签约服务模式[J]. 中国全科医学,2019,22(22):2681-2687. DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.370.

HE Z H, WANG L Y, HAN Z Z, et al. Desheng Contracted Family Doctor Services Model on the Basis of Doctor-nurse-assistant nurse Responsibility System[J]. Chinese General Practice,2019,22(22):2681-2687. DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2019.00.370.

[15] 林伟龙,代涛,朱晓丽. 安徽省天长市县域医联体改革实践分析[J]. 中国卫生经济,2017,36(4):74-77. DOI:10.7664/CHE20170419.

LIN W L, DAI T, ZHU X L. Analysis on the Practice of Health Care Alliance Reform in Tianchang County of Anhui[J]. Chinese Health Economics,2017,36(4):74-77. DOI:10.7664/CHE20170419.

[16] 申丽君,黄成凤,李乐乐,等.县域医共体模式的探索与实践——以安徽省天长市为例[J].卫生经济研究,2018(12):7-11.DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2018.12.002.

SHEN L J, HUANG C F, LI L L, et al. Exploration and Practice of County Medical Community Model ——Taking Tianchang City,Anhui Province as An Example[J]. Health Economics Research,2018(12):7-11.DOI:10.14055/j.cnki.33-1056/f.2018.12.002.

[17] 易淑国. 县域医疗联合体目前存在的主要问题与思考[J]. 中国卫生产业,2018,15(35):68-69,72. DOI:10.16659/j.cnki.1672-5654.2018.35.068.

YI S G. Main problems and thoughts of countywide medical alliance[J]. China Health Industry,2018,15(35):68-69,72. DOI:10.16659/j.cnki.1672-5654.2018.35.068.

[18] Liu Q, Zeng H, Xia R, et al. Health-related quality of life of esophageal cancer patients in daily life after treatment: A multicenter cross-sectional study in China. Cancer Med. 2018 Nov;7(11):5803-5811. doi: 10.1002/cam4.1817. Epub 2018 Oct 22. PMID: 30350456; PMCID: PMC6247038.

[19] 国务院医改办等七部委. 卫生计生委关于印发推进家庭医生签约服务指导意见的通知[EB/OL]. [2016-06-06] http://www.gov.cn/xinwen/2016-06/06/content_5079984.htm

[20] 李星明.社区慢性病健康管理多部门合作：理论、实证与模式[M].北京：中国协和医科大学出版社,2016.

[21] 喜杨,陈源源,郝玉明,等.不同基层医疗机构中高血压基本药物的可及性调查[J].中华高血压杂志,2021,29(09):825-833.DOI:10.16439/j.issn.1673-7245.2021.09.007.

XI Y, CHEN Y Y,HAO Y M, et al. The accessibility of anti-hypertensive drugs in primary medical institutions[J]. Chinese Journal of Hypertension,2021,29(09):825-833.DOI:10.16439/j.issn.1673-7245.2021.09.007.